LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES
ET LES POLITIQUES SOCIALES

CAHIERS DU LAREPPS

No 00-09

Économie sociale et pratiques sociales novatrices dans le champ de la santé et du bien-être

par

Yves Vaillancourt

École de travail social
Université du Québec à Montréal

© LAREPPS/UQAM
décembre 2000

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISSN 1490-8069

AVANT-PROPOS

L'équipe de recherche en partenariat « Économie sociale, santé et bien-être » (ESSBE), dirigée par Yves Vaillancourt et Daniel Labesse, est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et par le Développement des ressources humaines du Canada (DRHC).

Yves Vaillancourt, est professeur à l'École de travail social, de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Directeur du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), membre du Centre de recherche sur les innovations sociales dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats (CRISES), directeur de la revue *Nouvelles pratiques sociales*, il est coresponsable, avec Mireille Dumont, du Chantier sur les services aux personnes de l'ARUC (Alliance recherche, université, communauté) en économie sociale. Yves Vaillancourt est aussi coresponsable, avec Jean-Louis Laville, du collège des chercheurs dans le projet de coopération franco-québécois en économie sociale et solidaire.

L'auteur nous offre ici le texte d'une communication, présentée lors de la séance plénière d'ouverture de la Conférence annuelle de l'Association pour la santé publique du Québec, tenue à Montréal, à l'hôtel Delta, les 7 et 8 novembre 2000. Ce colloque portait sur les nouvelles pratiques et les nouvelles réalités sociales.

RÉSUMÉ

L'auteur, spécialiste des politiques sociales, aborde la question de l'économie sociale et des transformations du système de santé et de bien-être. S'adressant à un auditoire de gestionnaires et d'intervenants en santé publique, il cherche à démontrer comment l'économie sociale peut favoriser l'émergence de pratiques sociales novatrices et l'instauration d'un modèle de développement solidaire. Après avoir défini la notion d'économie sociale, il présente le contexte des nouvelles réalités sociales — la crise du travail et la crise de l'État-providence — et parle des limites de l'héritage du système de santé et de bien-être québécois des années 1970. Il traite ensuite des conditions à réunir pour que l'économie sociale contribue au renouvellement des pratiques sociales. L'auteur cherche principalement à faire ressortir l'importance du tiers secteur, entre autres, dans le domaine des services aux personnes; les intervenants en santé publique ont, selon l'auteur, un rendez-vous inéluctable avec les acteurs de l'économie sociale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS I

RÉSUMÉ I

***

Introduction : l'économie sociale, un atout possible dans les reconfigurations en cours 1

1. Les « nouvelles réalités sociales » 3

2. Limites du système de santé et de bien-être hérité des années 1970 5

3. Économie sociale, mutations en cours et néolibéralisme 7

4. Conditions pour un modèle de développement solidaire et démocratique 11

5. L'économie sociale en santé publique 14

Conclusion 16

Bibliographie 18

***

Introduction : l'économie sociale, un atout possible dans les reconfigurations en cours

L'économie sociale est appelée à jouer un rôle important dans les transformations du système de santé et de bien-être. Sur le plan de l'analyse des enjeux, tout comme sur celui de l'élaboration des stratégies, les acteurs de l'économie sociale peuvent constituer des points d'appui précieux pour favoriser le renouvellement des politiques et des pratiques sociales. Voilà la position que j'aimerais étayer dans le présent texte.

Mais qu'est-ce que l'économie sociale ? Plusieurs définitions ont cours dans les milieux de recherche et d'action (Lévesque et Mendell, 1999). En voici une, celle de l'équipe de recherche en partenariat « Économie sociale, santé et bien-être » (ÉSSBE), que je dirige depuis 1997 avec Daniel Labesse :

> 1) Les initiatives, entreprises ou organismes de l'économie sociale poursuivent des objectifs à la fois sociaux et économiques.
>
> 2) En tant que partie prenante de l'économie, ces entités produisent des biens, des services et du support à la citoyenneté (par exemple, via des activités de défense des droits).
>
> 3) En tant que partie prenante de l'économie sociale, ces entités recherchent la rentabilité économique et non pas la maximisation des profits. Cet élément permet d'inclure les coopératives dans l'économie sociale, que l'on ait affaire à des coopératives d'usagers visant la participation des usagers ou à des coopératives de production ou de travailleurs permettant la participation des salariés.
>
> 4) Ces entités sont dotées de leurs structures démocratiques propres, à partir desquelles elles prennent les décisions qui les concernent. Elles sont dotées d'un type d'organisation démocratique favorisant la jonction entre la participation des salariés, des usagers et usagères et, le cas échéant, des citoyens et citoyennes de la communauté environnante.
>
> 5) Ces entités recourent de façon significative au travail rémunéré; elles sont génératrices d'emplois.
>
> 6) Ces entités, en somme, sont des lieux de cimentation de la cohésion sociale et du lien social.
>
> 7) Par la négative, ce ne sont pas des organismes bénévoles, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas faire appel à des ressources bénévoles, tout comme peuvent le faire des entreprises et organismes des secteurs publics et marchands. » (Vaillancourt et Labesse, 1997 : 4)

Cette définition, large et inclusive, proche de celle du Chantier de l'économie sociale, permettra de mieux faire saisir le sens de mes propos sur la présence des acteurs du tiers secteur de l'économie sociale dans les transformations en cours du système de santé et de bien-être.

Le Chantier de l'économie sociale a présenté, cet automne, un mémoire à la Commission Clair. En voici un extrait, auquel nous souscrivons d'emblée :

> Le modèle d'entreprises qui s'est développé au Québec, promu par le Chantier de l'économie sociale et ses partenaires et auquel le gouvernement du Québec souscrit, implique le maintien et le renouvellement des services publics dispensés par l'État. Par ailleurs, le développement de l'économie sociale au Québec ne peut se faire sans la reconnaissance et le soutien des pouvoirs publics. Depuis le Sommet de l'économie et de l'emploi d'octobre 1996, le gouvernement du Québec reconnaît l'économie sociale comme une des composantes à part entière de la structure socio-économique du Québec et entend contribuer à son essor en mettant en place les conditions favorisant son développement. L'économie sociale peut, dans ce contexte, assumer de façon novatrice la production de certains services de qualité non offerts par le réseau public, qui sont d'intérêt collectif et qui n'entraînent pas de substitution d'emplois. (Chantier de l'économie sociale, 2000: 7)

« En ce sens, ajoute le Chantier, l'économie sociale permet de définir l'intérêt collectif sans pour autant l'enclaver à l'intérieur du secteur public. L'économie sociale est à plusieurs égards une alternative collective à l'entreprise privée pour le développement de secteurs d'activités, là où l'État n'intervient pas » (Chantier de l'économie sociale, 2000: 7). Voilà la vision du Chantier.

Pour notre part, nous voulons faire ressortir comment, dans le domaine de la santé et du bien-être en particulier, l'économie sociale, sous certaines conditions, peut contribuer à l'émergence d'un nouveau modèle de développement, modèle que nous appelons « solidaire et démocratique ». Elle est un lieu d'expérimentation plein de promesses et d'enseignements pour le renouvellement des pratiques et des politiques sociales.

Certains trouveront paradoxal qu'un spécialiste des politiques sociales entretienne un auditoire composé principalement de gestionnaires et d'intervenants en santé publique d'économie sociale et de modèle solidaire! Car les spécialistes en politiques sociales et en politiques publiques ne s'intéressent-ils pas d'abord au rôle de l'État? (Esping-Andersen, 1999) Je leur répondrai que c'est justement pour défendre le rôle régulateur de l'État et l'intérêt public et pour rendre compte des « nouvelles réalités sociales » qu'il faut s'ouvrir aux contributions de l'économie sociale (Vaillancourt, 1999).

Dans ce but, je présenterai d'abord ici le contexte des nouvelles réalités sociales. En deuxième lieu, je rappellerai les limites de l'héritage du système de santé et bien-être des années 1970. En troisième lieu, je me situerai par rapport au courant néolibéral auquel on se réfère

souvent dans les débats sur l'économie sociale. Nous traiterons ensuite des conditions à surveiller pour que l'économie sociale contribue au renouvellement des pratiques sociales dans le domaine de la santé et du bien-être. Enfin, nous donnerons quelques exemples qui illustrent la place de l'économie sociale dans le domaine de la santé publique.

1. Les « nouvelles réalités sociales »

Plusieurs communications, dans le programme du colloque de l'Association de santé publique du Québec (ASPQ), nous invitent à prendre acte des « nouvelles réalités sociales » et du fait que notre société est en « mutation profonde ». Que signifient ces expressions? Les réponses qu'apporteront à cette question les conférenciers et les participants au colloque ne seront pas monolithiques, mais plurielles et contrastées.

Pour ma part, j'ai l'habitude, depuis plusieurs années, de parler de mutations sociétales profondes pour attirer l'attention sur les réalités qui sont nouvelles par rapport à l'ancien compromis ou modèle de développement fordiste et providentialiste qui a prédominé dans nos sociétés au cours des « Trente glorieuses », soit pendant les 30 années qui ont suivi la fin de la Deuxième Guerre mondiale (Lipietz, 1989).

Faire référence à des « réalités sociales nouvelles », ici, veut dire reconnaître que les règles du jeu qui prévalaient dans le compromis fordiste sont confrontées à une crise institutionnelle qui ne pourra être dépassée que par l'émergence de nouvelles règles institutionnelles, voire d'un nouveau contrat social ou paradigme.

En bref, la crise et les voies de son dépassement à partir de « mutations profondes » touchent principalement le travail et l'État-providence.

La *crise du travail*, dans un contexte de concurrence internationale, accentuée par la mondialisation, est à la fois celle de l'organisation tayloriste du travail et celle du plein emploi. Dans le compromis fordiste, l'organisation tayloriste du travail était fondée sur la séparation entre les tâches de conception et les tâches d'exécution et sur l'acceptation des droits de gérance du patronat en retour de l'accès au partage des gains de productivité, favorisé par la reconnaissance syndicale et le code du travail. La crise du travail marque la fin de l'expansion de la société salariale, voire son rétrécissement. Sans aller jusqu'à parler, de façon dramatique, de la

« fin du travail », comme plusieurs l'ont fait en épousant le diagnostic de Rifkin (1996), on doit reconnaître que la relance de l'emploi, depuis quelques années, s'est faite surtout dans le domaine des services et que les emplois prestigieux de « manipulateurs de symboles » dont parlait Reich ne représentent qu'une minorité des nouveaux emplois créés.

En effet, comme le rappelle Gadrey (2000), dans *Nouvelle économie, nouveau mythe* (qui réfère, entre autres, aux travaux de Manuel Castells), les deux tiers des nouveaux emplois, aux États-Unis, sont, le plus souvent, des emplois « bas de gamme » dans les « services de proximité relationnels (l'aide aux personnes âgées, la garde des jeunes enfants), l'action sociale, l'assurance, l'action commerciale, etc., *c'est-à-dire dans la grande majorité des activités qui, depuis un quart de siècle, ont connu la plus forte croissance de l'emploi* » (Gadrey, 2000 :48). Gadrey ne fait pas une lecture fataliste de l'avenir de ces emplois dans les services relationnels. Il reconnaît que, dans le « *modèle anglo-saxon* », ou dualiste, ces emplois sont associés à la précarité, à l'absence de statut, à la dualisation de l'économie, à la flexibilité et à la mobilité non négociées par les travailleurs. Gadrey avance néanmoins que le « modèle dualiste » qu'on trouve aux États-Unis — qui sont, dit-il, « parmi les pays développés, le plus inégalitaire, le plus violent et le plus répressif, le plus âpre au gain, celui où la durée de travail est la plus longue » — n'est pas le seul possible. Ainsi, il existe un modèle alternatif, « *un modèle intégré et professionnel*, que l'on retrouve en Suède et qui présuppose une société beaucoup moins inégalitaire que dans le [modèle dualiste], et où le service, même s'il n'est pas high-tech, peut acquérir un statut professionnel valorisant, et un sens... » (Gadrey, 2000 : 97-98). Ce modèle, plus solidaire, permet de briser l'équation selon laquelle une société de services est une « société de serviteurs » et de « nouveaux domestiques », pour reprendre une expression forte de Gorz (Gadrey, 2000 : 89-95).

La crise et les reconfigurations renvoient aussi à la *crise de l'État-providence,* vu à la fois comme redistributeur de revenus (politiques sociales monétaires) et comme organisateur de services collectifs (politiques sociales sous forme de services). Je ne reprendrai pas ici nos analyses (Bélanger et Lévesque, 1991; Vaillancourt et Jetté, 1997 : chap. 1; Vaillancourt *et al.,* 2000; Jetté *et al.*, 2000; Vaillancourt et Ducharme, 2000). J'en retiendrai seulement que la crise de l'État-providence est plus qu'une crise financière reliée aux impacts du rétrécissement de la société salariale qui entraîne une baisse des revenus fiscaux et une hausse des dépenses sociales. Elle renvoie à la faible participation des usagers et des citoyens dans la planification, la gestion

et l'évaluation des services collectifs de type providentialiste qui les confine à un rôle de consommateur passif. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

2. Limites du système de santé et de bien-être hérité des années 1970

Les réformes des années 1960 et 1970, dans le domaine de la santé et du bien-être, au Québec et au Canada, étaient hautement nécessaires et ont permis de réaliser d'immenses progrès sociaux. L'entrée en vigueur successive, au Québec, de l'assurance-hospitalisation, en 1961, de l'assurance services médicaux, en 1970, de la réforme Castonguay, en 1972, ont rendu accessibles et gratuits un panier de services sociosanitaires qui faisaient dramatiquement défaut dans les décennies antérieures. Sans les faire disparaître complètement, les réformes ont permis de réduire, sur le plan de l'accès aux services, les discriminations qui touchaient particulièrement les gens à faibles revenus et ceux qui habitaient en région éloignée.

Mais ce système de santé et de bien-être qui est apparu au Québec, comme dans plusieurs autres sociétés, à cette époque, était loin d'être un système idéal ; il avait en effet un certain nombre de défauts :

i. D'abord, ce système était *hospitalo-médicalo-centriste*. Certains services devenaient accessibles et gratuits, mais à condition d'être « consommés » à l'intérieur d'un établissement hospitalier (l'assurance-hospitalisation) et d'être dispensés par certaines catégories de professionnels de la santé, les médecins (le *medicare*). Ces services favorisés par la pente du système, comme par hasard, étaient des services curatifs plutôt que préventifs, des services contre la maladie et le mal-être plutôt que pour la santé et le bien-être (Bélanger, 1992).

ii. En dépit des objectifs déclarés de la loi 65, adoptée en 1971, l'accessibilité, l'universalité et la gratuité ont toujours caractérisé l'offre de services de santé et non l'offre de services sociaux. Une explication de ce déséquilibre de fait nous obligerait à réfléchir sur les règles historiques de cofinancement fédéral, ce que je ne ferai pas faire ici. Soulignons, au passage, que c'est cette différence entre le financement de la santé et des services sociaux qui explique que la présence de l'économie sociale est beaucoup plus importante dans les services sociaux que dans les services de santé.

iii. Le système de santé et de bien-être au Québec, s'est ouvert très tardivement à l'importance des politiques de maintien à domicile pour contrer l'institutionnalisation, le

placement et l'hébergement. C'est seulement à partir de la fin des années 1970 que le Québec s'est doté d'une politique de maintien à domicile et a véritablement décidé de se tourner vers les CLSC. C'est à partir des années 1980 qu'apparaîtront, au Québec, des initiatives plus consistantes visant la désinstitutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes atteintes d'incapacités physiques et intellectuelles.

iv. Le système de santé et de bien-être des années 1970 se caractérisait par un degré très élevé *d'interventionnisme étatique centralisé* à Québec, sans doute le plus élevé qu'on ait connu au Canada. L'État québécois intervenait non seulement dans la régulation et le financement des services, mais aussi dans leur gestion et leur dispensation. L'image de l'État qui prévalait alors était celle de l'État-entrepreneur, de l'État-hiérarchique dominant la société civile. On était loin de l'État accompagnateur, facilitateur et partenaire. L'intérêt collectif, ou l'intérêt général, devait obligatoirement passer par des services dispensés par le secteur public. On faisait d'ailleurs une équation entre services publics et services étatiques : les établissements publics étaient plus imputables à l'État qui les finançait qu'à la société civile qu'ils devaient desservir. Dans ce contexte, les initiatives du tiers secteur de l'économie sociale continuaient d'exister, mais n'étaient pas reconnues. La réforme Castonguay était vue symboliquement (et est encore vue de nos jours) comme une montée du public (confondue avec l'étatisme) et un recul du privé (dans lequel on mettait sur un même pied les ressources du marché et celles de l'économie sociale). C'est dans ce contexte que le discours dominant des acteurs et des chercheurs dans le domaine de la santé est devenu binaire et ramène tout, depuis, à l'opposition entre le privé et le public.

v. Le système de santé et de bien-être des années 1970 est fordiste : il établit une équation entre la multiplication des services produits et offerts et l'amélioration de la santé et du bien-être. Il demeure peu sensible à la question des déterminants sociaux et non médicaux de la santé et du bien-être, mise pourtant en relief dans le rapport Lalonde, en 1974, et, plus tard, dans la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec, en 1992, ainsi que dans le rapport final du Forum national sur la santé, en 1997.

vi. Si la loi 65, en 1971, conférait une place aux représentants des travailleurs et des consommateurs dans les mécanismes décisionnels, le système de santé et de bien-être qui s'est développé, dans les années 1970, donnait, dans les faits, peu de voix aux intervenants et aux

usagers, ce qui a eu pour effet de tayloriser l'organisation du travail et de bureaucratiser l'organisation des services.

3. Économie sociale, mutations en cours et néolibéralisme

Pour certains, le simple fait de considérer l'hypothèse d'une contribution possible de l'économie sociale dans les transformations en cours dans le domaine de la santé et du bien-être est suspect. Cette réaction défensive s'explique par deux facteurs.

Le premier facteur renvoie à l'habitude, qu'ont acquis, depuis 30 ans, les acteurs, les décideurs et les chercheurs dans le domaine de la santé et des services sociaux d'opérer deux types de réduction. La première ramène le champ de la santé et des services sociaux aux seuls problèmes de santé en s'empressant d'oublier la composante « services sociaux ». La deuxième rétrécit les analyses et les scénarios en ne s'intéressant qu'aux seuls acteurs qui relèvent du marché et de l'État, ou en traitant les acteurs de l'économie sociale comme s'ils étaient assimilables aux acteurs du secteur privé à but lucratif. On observe cette lacune dans le courant dominant de la littérature de recherche en santé (Bégin *et al.*, 1999). On l'observe aussi dans le Rapport Arpin (1999), dans certains documents de la Coalition Solidarité Santé (2000) et dans des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le mandat de la Commission Clair (2000).

Le deuxième facteur renvoie à la tendance, dans certains milieux, à surestimer la présence néolibérale. Selon un discours émanant de la gauche traditionnelle — Léo-Paul Lauzon, Jean-Marc Piotte (1998), Michel Chossudovsky (1998) et Louis Gill (2000), par exemple —, le point de vue néolibéral dominerait depuis presque 15 ans, non seulement au gouvernement du Québec, mais dans tous les gouvernements locaux, régionaux et nationaux en Amérique du Nord. Il en serait de même dans la majorité des gouvernements nationaux des pays latino-américains et européens. Cette position est clairement développée dans une brochure de Louis Gill (2000).

Reprenons l'argumentation de Gill, qui a l'avantage d'être claire et représentative de celle qui est véhiculée dans plusieurs milieux.

- « Le terme 'néolibéralisme' désigne le courant de pensée et de politiques économiques qui s'est implanté à partir de la fin des années 1970 en Grande-Bretagne et aux États-

Unis, pour se généraliser à l'échelle mondiale au cours des deux décennies suivantes et régner dès lors en maître absolu, prétendant soumettre toute l'activité économique et sociale aux seules lois du marché. » (Gill, 2000 : 7). Donc, ce courant de pensée, apparu avec Reagan et Thatcher dans les années 1970, aurait réussi depuis lors à se répandre partout et à « régner en maître absolu ». Pour Gill, depuis le tournant des années 1970 et 1980, « le virage néolibéral s'est effectué dans un certain nombre de pays déterminants, principalement la Grande-Bretagne et les États-Unis, pour se propager ensuite au reste du monde » (Gill, 2000 : 20).

- Le néolibéralisme, pour Louis Gill, est une « variante radicale » du libéralisme qui a succédé à la variante « douce » qu'était le keynésianisme d'après la Deuxième Guerre Mondiale (Gill, 2000 : 12-13). Au passage, Gill fait une mise en garde : « il faut toutefois se garder de voir le keynésianisme comme un courant anticapitaliste, qui serait voué à sa destruction en raison du rôle économique élargi qu'il confie à l'État » (Gill, 2000 : 12).
- Gill reproche aux partis social-démocrates qui ont pris le pouvoir ces dernières années en Europe et qui exercent le pouvoir, seuls ou en coalition avec d'autres partis, d'avoir « tous abandonné la revendication de la propriété publique des moyens de production et la perspective du socialisme, pour rechercher une 'troisième voie', qui se veut intermédiaire entre le capitalisme et le socialisme mais qui est en fait une simple variante de la première voie, à savoir un capitalisme 'à visage humain' ou capitalisme 'civilisé', qui préserve la propriété privée et son moteur qu'est le profit, mais qui cherche à promouvoir le plein emploi et les politiques sociales par le biais de la concertation entre 'partenaires sociaux'» (Gill, 2000 : 13-14).
- Au Canada, le virage néolibéral, pour Gill s'est amorcé « sous le gouvernement libéral de Pierre Elliott Trudeau » à partir de 1975 et s'est déployé sous le gouvernement de Brian Mulroney (Gill, 2000 : 21).
- Au Québec, le virage néolibéral s'est amorcé, lui, en 1985, avec le retour au pouvoir du gouvernement de Robert Bourassa. Ici, Gill fait référence au virage représenté par les rapports des Sages à l'été 1986: « Privatisation, déréglementation, compressions budgétaires, diminution de la taille du gouvernement, tarification des services publics, rentabilisation, retour au libre jeu des forces du marché, fiscalité favorable à

l'investissement privé, tels [étaient] désormais les mots clés au nom desquels fut menée la politique économique » (Gill, 2000 : 21-22).

- Si l'État du Québec A pris le virage néolibéral avec le retour du gouvernement Bourassa au milieu des années 1980 et A mis de l'avant des politiques néolibérales dans les années qui ont suivi dans les domaines du développement social comme du développement économique, ce virage néolibéral a été consacré par l'arrivée du gouvernement Bouchard, en 1996 : «N'échappant pas à cette tendance lourde, le gouvernement du Parti québécois dirigé par Lucien Bouchard s'engageait, dès la désignation de ce dernier comme premier ministre du Québec au début de 1996, dans une opération d'assainissement des finances publiques et de poursuite de l'objectif d'une élimination complète du déficit pour l'exercice financier de 1999-2000. Il pouvait d'autant mieux s'y atteler qu'il s'était assuré l'appui de ses « partenaires sociaux », parmi lesquels les grandes centrales syndicales, lors de deux 'sommets' économiques en mars et en octobre 1996 » (Gill, 2000 : p. 27). C'est à ce moment que s'est consommée l'« adhésion aux politiques néolibérales » (*ibid.*) du gouvernement Bouchard avec la complicité des centrales syndicales.

Voilà la thèse que Gill présente avec conviction et cohérence. En vertu de cette thèse, le néolibéralisme s'apparente à de la lave qui coule d'un volcan : une fois qu'elle s'est étendue, elle ne s'enlève plus! Une fois que le néolibéralisme est arrivé quelque part, on dirait qu'il ne peut plus partir. Par exemple, au Québec, le néolibéralisme serait arrivé en 1986, au moment des rapports des Sages. De 1986 à aujourd'hui, sous les libéraux comme sous les péquistes, l'État québécois serait demeuré néolibéral et les politiques qui en découleraient, dans le domaine social comme dans le domaine économique, seraient fatalement néolibérales.

Voilà une vision qui est claire et attractive dans plusieurs milieux. Mais je ne la partage pas !

En réalité, s'il est vrai que les rapports des Sages proposaient au gouvernement de Bourassa d'adopter une stratégie néolibérale, il est inexact de conclure que ces propositions ont été acceptées. Au contraire, comme le démontre un ouvrage récent de Gilles L. Bourque (2000), le Conseil des ministres du gouvernement Bourassa a refusé d'adopter ces propositions. Et cela, tant en matière de développement social qu'en matière de développement économique, ce qui

explique que la réforme Côté du début des années 1990 ne peut pas être qualifiée de réforme néolibérale (Lévesque, Bourque et Vaillancourt, 1999).

Les politiques économiques et sociales des gouvernements libéraux des années 1986-1994 ne peuvent pas être expliquées à partir de la seule orientation néolibérale. Il en est de même pour les politiques économiques et sociales issues des gouvernements du Parti québécois, de 1994 à 2000.

Nous faisons donc des réserves sur les affirmations suggérant que les politiques gouvernementales du Québec, depuis une quinzaine d'années, sont néolibérales. Il y a, en outre, un autre malentendu à éviter. C'est celui qui laisse entendre que la logique néolibérale n'a pas été, avec d'autres logiques, un facteur qui a influencé le développement des politiques sociales québécoises. Au contraire, le courant néolibéral est très influent dans le monde et particulièrement en Amérique du Nord ; il laisse des traces dans les paroles et les politiques gouvernementales au Québec comme ailleurs. Mon point de vue peut paraître trop subtil pour certains. Mais je persiste à penser que les politiques sociales et économiques du gouvernement du Québec des dernières années demeurent inexplicables si l'on s'obstine à retenir l'influence d'une seule logique. Nos politiques sociales s'apparentent à une réalité métissée issue du croisement de plusieurs logiques d'action qui se concurrencent dans la société civile et politique québécoise. Parmi ces logiques, j'en ai identifié au moins trois : la logique néolibérale, qui veut tout remettre au marché ; la logique néo-providentialiste ou social-étatiste, qui veut tout remettre à l'État; enfin, la logique solidaire, qui veut instaurer un nouveau partage des responsabilités entre l'État, le marché et la société civile et faire une place, entre autres, à l'économie sociale (Vaillancourt et Jetté, 1997; Vaillancourt et Laville, 1998; Vaillancourt et Favreau, 2000; Lévesque et Mendell, 1999; Jetté *et al.*, 2000).

Ces précisions, certes, ne règlent pas tout relativement à la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être. Mais elles lèvent une hypothèque selon laquelle l'économie sociale ne pourrait pas être reconnue et soutenue par le gouvernement du Québec sans devenir du même coup instrumentalisée par un projet de société néolibéral. Je ne dis pas que ce danger n'existe pas. Je dis qu'il est incorrect d'y faire référence comme s'il constituait le seul horizon de l'historiquement possible au Québec et ailleurs.

En somme, si l'économie sociale peut s'inscrire dans un modèle de développement néolibéral, qui la subordonnerait au marché, ou dans un modèle de développement néo-providentialiste, qui la subordonnerait à l'État et aux protocoles bureaucratiques, elle peut aussi s'inscrire dans un modèle de développement démocratique et solidaire comme celui que préconise une grande coalition d'acteurs sociaux (entreprises, organismes, mouvements sociaux) regroupés à l'intérieur du Chantier de l'économie sociale.

4. Conditions pour un modèle de développement solidaire et démocratique

Quelles sont les conditions à réunir pour que l'économie sociale puisse s'inscrire davantage dans un modèle de développement solidaire et démocratique ? En reprenant certaines idées maîtresses du mémoire du Chantier de l'économie sociale (2000) à la Commission Clair et en nous référant à certains dossiers concrets d'économie sociale en interface avec la transformation du système de santé et bien-être, celui des entreprises d'économie sociale en aide domestique, par exemple, qui, depuis cinq ans, se trouve au cœur des débats, nous pouvons identifier des éléments à réunir pour mettre en place ces conditions.

i. L'économie sociale n'est pas bonne ou mauvaise en soi, puisque ce qui compte, c'est *son mode d'emploi.* C'est ce que suggère le Chantier en spécifiant son intérêt non pas pour tous les modèles d'économie sociale, mais pour « le modèle d'entreprises d'économie sociale qui s'est développé au Québec ». Ce modèle a été mis de l'avant par le Chantier au Sommet socio-économique de 1996 et reconnu et appuyé par les partenaires. Certains paramètres de ce modèle sont repris ci-dessous.

ii. Le modèle d'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être promu par le Chantier implique non seulement le « maintien », mais aussi le « renouvellement » des services publics dispensés par l'État. En ce qui a trait aux services aux personnes, ce modèle ne vient pas dupliquer l'offre de services dispensés par les organisations du secteur public, mais les compléter et visent leur renouvellement. L'économie sociale qui s'inscrit dans une perspective solidaire et démocratique est en effet un laboratoire pour l'innovation démocratisante des pratiques sociales en raison de la recherche de la participation conjointe du personnel et de la clientèle. Le caractère démocratique des organismes d'économie sociale oeuvrant dans le domaine des services aux

personnes est un atout pour améliorer la qualité des services. Or, les organismes du secteur public, au contact de la vitalité démocratique des organismes du tiers secteur, peuvent être stimulés à approfondir leur propre potentiel démocratique, ce qui, en conséquence, peut contribuer aussi à améliorer la qualité des services. L'économie sociale ne vise pas, à long terme, à remplacer l'économie publique et marchande. Elle vise à rendre l'ensemble de l'économie davantage plurielle, notamment dans le domaine de la santé et du bien-être (Laville, 1994; Eme et Laville, 2000; Lévesque et Mendell, 1999).

iii. L'économie sociale a besoin, pour se développer, de « la reconnaissance et du soutien des pouvoirs publics ». Entre 1994 et 1996, il y avait quatre ou cinq projets pilotes d'entreprises d'économie sociale en aide domestique au Québec. La décision du Sommet de 1996, complétée par le programme d'exonération financière annoncé dans le Budget Landry de 1997, a permis de passer de l'expérimentation à l'institutionnalisation, c'est-à-dire de diffuser et de généraliser l'expérimentation des projets pilotes. La reconnaissance et le soutien apportés par la politique gouvernementale de 1997 ont permis, en dépit de ses insuffisances, de rendre plus accessibles, dans les territoires où les besoins se faisaient sentir, des services d'aide domestique qui, jusque-là, étaient disponibles dans quelques territoires seulement. Mais en soulevant le besoin de reconnaissance et de soutien financier accru, le Chantier attire l'attention sur certaines conditions matérielles manquantes auxquelles le gouvernement doit consentir pour que le réseau des entreprises d'économie sociale en aide domestique soit consolidé et pérennisé.

iv. L'économie sociale est une composante de la structure socio-économique du Québec, en plus du marché et de l'État. Pour que l'économie sociale s'inscrive dans un modèle de développement solidaire, il faut la concevoir autrement que comme une enclave pour les pauvres. Elle n'est pas un succédané du secteur marchand ou du secteur public. Il s'agit véritablement d'un troisième pôle identifié aux valeurs de réciprocité.

v. L'économie sociale peut constituer une façon « novatrice » d'offrir des services de qualité non offerts par le réseau public et « qui sont d'intérêt collectif », sans que cela entraîne de la substitution d'emploi. En trois ans, les 102 entreprises d'économie sociale en aide domestique ont créé 3800 emplois. De façon générale, ces emplois ne se substituent pas à ceux des auxiliaires familiales des CLSC qui offrent d'autres services que des services d'aide domestique, c'est-à-dire principalement des services d'assistance personnelle. Il est possible que la question

de la substitution d'emplois se pose dans certains cas, minoritaires. Néanmoins, le nombre d'emplois d'auxiliaires familiales équivalent temps plein en CLSC a augmenté de 3 % par année, depuis 1997 (Chantier, 2000), c'est-à-dire dans la même proportion que les années précédentes. Cela ne règle pas la question de la non-substitution une fois pour toutes. Au contraire, elle reste un enjeu de taille à surveiller dans la mesure où le financement accordé par l'État aux entreprises d'économie sociale en aide domestique demeure insuffisant pour leur permettre d'atteindre l'équilibre financier. Car, si certains ajustements financiers ne sont pas faits, certaines de ces entreprises seront tentées de régler leur problème économique en élargissant leur panier de services et en empiétant sur le champ de compétence des auxiliaires familiales de CLSC, ce qui serait aller à l'encontre du consensus établi lors du Sommet de 1996 et faire fi de l'objectif de réconcilier rentabilité sociale et rentabilité financière. Cela signifierait que les entreprises d'économie sociale en aide domestique glisseraient alors vers une logique marchande et s'éloigneraient d'autant d'une logique solidaire.

vi. L'intérêt collectif ou public ne doit pas être réduit à ce qui est offert par les services publics. L'intérêt collectif n'est pas enclavé dans le secteur public. Dans la logique de l'économie solidaire, l'économie sociale, en interface avec les acteurs du secteur public, doit favoriser l'établissement de véritables rapports partenariaux. Or, pour que des rapports symétriques de partenariat au sens fort du terme puissent s'instaurer, il faut que les organismes du secteur public se démocratisent et acceptent de rendre des comptes non seulement aux pouvoirs publics qui les financent, mais aussi aux communautés territoriales et sectorielles qu'elles desservent au nom de l'intérêt public (Vaillancourt *et al.,* 2000; Lewis, 1999; Taylor et Bassi, 1998; Perri 6 et Kendall, 1997). Ici, la distinction latino-américaine entre *lo publico estatal* et *lo publico no estatal* pourrait s'avérer féconde pour faire avancer la réflexion sur les conditions d'un type de rapport vraiment partenarial à développer entre secteur public et secteur de l'économie solidaire (Bresser Peirera et Cunill Grau, 1998; Serna, 2000 ; Vaillancourt et Ducharme, 2000). En effet, le vrai partenariat exige d'une façon ou de l'autre un certain partage d'argent et de pouvoir. Or, les organismes publics peuvent se prévaloir d'une conception classique de l'imputabilité pour refuser de partager leur pouvoir (par exemple, de choisir les critères d'évaluation) avec les organismes de l'économie sociale. Mais les organismes publics non étatiques peuvent utiliser leurs instances de décision sur le plan local et régional pour vivre une imputabilité vers le bas (notamment en direction des organismes de l'économie sociale)

autant que vers le haut (vers l'État qui finance). Sans cette reddition de compte vers le bas qui peut être le propre des organismes publiques non étatiques, il ne faut pas se faire d'illusion, les rapports de partenariat demeurent impossibles parce qu'il n'y a pas de place pour la réciprocité et parce que les décisions demeurent le monopole de l'acteur public collé sur l'État qui relève précisément du « public étatique » (Taylor, 2000 ; Teolis, 2000 : 41-48).

vii. L'économie sociale est une alternative intéressante à la privatisation des services. De surcroît, elle n'enferme pas les services dans une formule étatique.

5. L'économie sociale en santé publique

La littérature en provenance de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998; Lessard, 2000) et de son comité sur le développement social (2000a, 2000b) met l'accent non seulement sur la prévention et sur les déterminants de la santé et du bien-être, mais surtout sur le déterminant incontournable et cardinal que sont les situations de pauvreté et d'inégalités sociales. Il apparaît que les leaders et intervenants en santé publique, au Québec, ont un rendez-vous inéluctable avec l'économie sociale. Les effectifs de la Direction de la santé publique, dans cette perspective, se trouvent à frayer de toute manière avec les acteurs de l'économie sociale. À quel secteur appartiennent les acteurs et les organismes qui travaillent depuis le plus longtemps dans une perspective préventive et conséquente sur les déterminants non médicaux de la santé et du bien-être au Québec ? Ils appartiennent au tiers secteur de l'économie sociale. Tant qu'à frayer avec l'économie sociale, pourquoi ne pas le faire consciemment et correctement ?

Mais comment la Direction de la santé publique pourrait-elle faire une place à l'économie sociale dans sa pratique ? Voici comment Daniel Labesse, directeur administratif de l'équipe Économie sociale, santé et bien-être, de la Santé publique de Montréal-Centre, voit les interfaces entre santé publique et économie sociale, dans l'Unité des maladies infectieuses (UMI), dont il fait partie :

« L'UMI reçoit du ministère de la Santé et des Services sociaux, par le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), un fonds visant à développer et soutenir des actions et des projets de prévention du VIH et autres MTS, dans la région de Montréal. L'UMI a développé une

approche intéressante dans la gestion de ce fonds, qui est surtout utilisé pour agir sur les déterminants de l'infection au VIH auprès des groupes les plus à risque (les jeunes de la rue, les utilisateurs de drogues injectables, la communauté gaie et les personnes provenant de pays où la maladie est endémique). Outre les services de dépistage et d'accès à du matériel de protection pour les rapports sexuels et les pratiques d'injection, l'UMI a contribué de façon importante à développer le travail de rue ou de milieu à Montréal pour rejoindre les plus marginalisés (jeunes itinérants, jeunes prostitués, toxicomanes), qui vivent des situations de grande précarité et qui sont aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale, de stabilité résidentielle, etc. Depuis quelques années, l'UMI a créé une trentaine d'emplois au sein du milieu communautaire et les soutient toujours. La création de ces emplois a un impact économique important. L'UMI a donc un pied, sinon les deux, dans l'économie sociale. Bien que, par ces interventions, on poursuive des objectifs de santé, l'accent est mis sur la création d'opportunités pour les personnes de réintégrer la société ou de reprendre le contact avec elle. Parallèlement au travail de proximité effectué par les organismes communautaires soutenus par la Direction de la santé publique (DSP), des travaux de recherche et d'évaluation sont également menés sur ce type d'intervention. Ces interventions constituent en effet un objet d'analyse important dans une perspective de renouvellement des pratiques tant du secteur communautaire que du secteur public. L'une des grandes priorités de la DSP est de contribuer à réduire les inégalités sociales de la santé et, à cet égard, la prise en compte des conditions de vie des groupes les plus vulnérables traverse ses interventions. Ici, à partir de ma brève expérience à l'UMI, je constate que plusieurs de ses membres travaillent dans une perspective sociale et solidaire en appuyant les organismes et intervenants communautaires qui oeuvrent à contrer l'exclusion et la stigmatisation de certains groupes. Donc, même si les gens de la DSP ne semblent, en général, pas très familiers avec la notion d'économie sociale, ni avec celle de développement social, plusieurs affichent un parti pris favorable envers le communautaire. Il est en quelque sorte et à plusieurs égards un secteur d'innovation et d'expérimentation sur des réalités sociales qui évoluent rapidement. Par ailleurs, la DSP cherche à développer l'intersectorialité dans les divers projets sociaux dans lesquels elle est impliquée. Des budgets y sont consacrés et traduisent cette volonté de travailler les interfaces entre les divers réseaux publics, qu'ils soient municipaux, provincial ou fédéral et le réseau communautaire » (Labesse, 2000).

Voilà un filon intéressant à explorer. Par ailleurs, l'examen du type de rapports qui se tissent entre les acteurs des directions de santé publique, d'une part, et les acteurs du tiers secteur de l'économie sociale, d'autre part, serait aussi intéressant à approfondir.

Conclusion

L'économie sociale peut apporter une contribution dans la transformation du domaine de la santé et du bien-être, mais aussi dans l'ensemble de la société — à la condition expresse qu'elle parvienne à s'inscrire de plus en plus nettement à l'intérieur d'un modèle de développement social et économique solidaire et démocratique, c'est-à-dire un modèle qui se démarque à la fois de la voie néolibérale (qui veut tout marchandiser) et de la voie néo-providentialiste (qui veut tout normer). Mais, est-ce que ce modèle de développement est applicable concrètement au Québec dans la conjoncture présente ? Est-ce que les politiques sociales et économiques du gouvernement en place peuvent s'harmoniser avec les éléments et les conditions du nouveau modèle solidaire et démocratique auquels nous avons fait fréquemment référence dans ce texte ?

On entend souvent deux types de réponses à la question que je viens de soulever. Le premier type est très optimiste, tandis que le deuxième est très pessimiste.

Sur un registre plus optimiste, certains entretiennent une vision euphorique de tout ce que le gouvernement du Parti québécois a fait pour l'économie sociale depuis quatre ans ; ils considèrent que le modèle de développement solidaire et démocratique est déjà en place, que la politique du gouvernement du Québec est cohérente et favorise l'émergence d'une nouvelle vision du développement social, etc. (Voir l'entrevue de Pauline Marois dans Morel, 2000). Il est vrai que certaines réalisations ont été mises en place en faveur de l'économie sociale ces dernières années; mais celles-ci sont insuffisantes et réversibles; il manque des ingrédients pour qu'elles s'inscrivent dans un environnement politique cohérent allant dans le sens du développement solidaire. C'est la raison pour laquelle j'ai parlé des conditions à surveiller pour éviter le glissement vers les modes d'emplois marchand ou néo-providentialiste, qui consisterait à avoir de belles paroles pour l'économie sociale sans lui octroyer l'oxygène qui lui permettrait de s'épanouir dans le respect de ses valeurs.

Sur un registre plus pessimiste, d'autres, souvent restés attachés à une culture de gauche traditionnelle — c'est-à-dire une culture fortement étatiste, centralisatrice et bureaucratique —,

se méfient de l'économie sociale comme si elle était de trop et ne pouvait être qu'une mode inventée pour mieux faire passer les propositions néolibérales. Nous avons mis en relief les limites de l'héritage fordiste et providentialiste des années 1970 en matière de santé et de bien-être (*cf.* deuxième partie), limites que les progressistes identifiaient plus facilement avant la crise de l'État-providence. Ils n'osent pas trop les ressortir dans un contexte de crise et de transformations de l'État-providence, de peur que leur reconnaissance donne des armes aux néo-libéraux qui s'en prévalent pour légitimer le virage à droite impliquant la privatisation, par exemple. Nous avons proposé (*cf.* troisième partie) un diagnostic moins alarmiste que celui souvent accrédité par des progressistes traditionnels qui voient le néolibéralisme au pouvoir partout. Le courant néolibéral est très influent, au Québec, en Amérique du Nord et dans le monde, mais il ne contrôle pas en totalité les politiques sociales de tous les gouvernements en commençant par celui du Québec.

En ce qui nous concerne, nous croyons que l'économie sociale est une belle opportunité pour le renouvellement des pratiques et des politiques sociales, notamment dans le domaine de la santé et du bien-être. En parlant d'opportunité, nous nous démarquons du point de vue optimiste de ceux et celles qui considèrent, en étant proche du gouvernement actuel, à Québec, que ce gouvernement est déjà en train de mettre en application de façon cohérente le modèle de développement solidaire. Mais nous nous démarquons aussi du point de vue plus pessimiste de ceux et celles qui, en faisant leur une vision de gauche traditionnelle, ne parviennent pas à reconnaître que la société québécoise constitue un laboratoire dans lequel, depuis une dizaine d'années, émerge un certain nombre de pratiques et de politiques qui témoignent de manière tangible de la possibilité concrète d'un nouveau modèle solidaire, même si, malheureusement, ces pratiques et politiques novatrices sont trop souvent contredites par d'autres qui témoignent de la résistance du vieux modèle providentialiste ou de l'attrait d'un modèle qui serait nouveau, mais néolibéral, plutôt que démocratique et solidaire.

BIBLIOGRAPHIE

ARPIN, Roland (1999). *Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec*, [connu sous le nom de Rapport Arpin], Québec, automne 1999.

BÉGIN, Clermont, BERGERON, Pierre, FOREST, Pierre-Gerlier et Vincent LEMIEUX (sous la direction de) (1999). *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 442 p.

BÉLANGER, Jean-Pierre (1992). « De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec », *Service social*, vol. 41, no 2, 49-70.

BÉLANGER, Paul R. et Benoît LÉVESQUE (1991). « La "théorie" de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique »", *Cahiers de recherche sociologique*, no 17, 17-51.

BOURQUE, Gilles L. (2000). *Le modèle québécois de développement*, Sainte-Foy, PUQ, 235 p.

BRESSER PEIREIRA, Luiz C., et Nuria CUNILL GRAU (sous la direction de) (1998). *Lo Publico no estatal en la Reforma del Estado*, Buenos Aires, Barcelone et Mexico, Paidos et CLAD, 486 p.

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE (2000). *Mémoire du Chantier de l'économie sociale à la Commission sur l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Montréal, Chantier de l'économie sociale, septembre 2000, 24 p.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1998). *La mondialisation de la pauvreté*, Montréal, Éditions Écosociété, 248 p.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (2000). *Déclaration commune sur les services publics de soutien à domicile*, Montréal, printemps 2000, 2 p.

EME, Bernard et Jean-Louis LAVILLE (2000). « L'économie solidaire contre les idées reçues », *Cultures en mouvement*, no 31, octobre 2000, 26-31.

ESPING-ANDERSEN, Gosta (1999). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF, coll. Le lien social, 310 p.

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Rapport final du Forum national sur la santé, Ottawa, février 1997, 36 p.

GILL, Louis (2000). *Le néolibéralisme*, Montréal, Chaire d'études socio-économiques, UQAM, collection Expresso, 52 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *Politique de la santé et du bien-être*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 192 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2000a). *Le rôle de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre en développement social*, Montréal, DSP, mars 2000, 26 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2000b). *Plan d'action en développement social*, Montréal, DSP, 18 p.

GADREY, Jean (2000). *Nouvelle économie, nouveau mythe*?, Paris, Flammarion, Essais, 229 p.

JETTÉ, Christian, LÉVESQUE, Benoît, MAGER, Lucie et Yves VAILLANCOURT (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*, Sainte-Foy, PUQ, collection Pratiques et politiques sociales, 202 p.

LABESSE, Daniel (2000). *Santé publique et économie sociale*, lettre à Yves Vaillancourt, le 3 novembre 2000, 2 p.

LA SERNA, Carlos A. (2000). *La produccion democratica del bienestar*, Cahiers du LAREPPS, no 00-07, septembre 2000, 30 p.

LAVILLE, Jean-Louis (sous la direction de) (2000). *L'économie solidaire, une perspective internationale*, Paris, Desclée de Brouwer, 343 p.

LE GRAND, Julian et William BARTLETT (sous la direction de) (1993).*Quasi-Markets and Social Policy*, Londres, Macmillan, 241 p.

LESSARD, Richard (2000). « L'urgence de prévenir », *Le Devoir*, 27 octobre 2000, A11.

LÉVESQUE, Benoît et Margie MENDELL (1999). « L'économie sociale au Québec: éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche », *Lien social et politiques*, no 41, printemps 1999, 105-118.

LÉVESQUE, Benoît, BOURQUE, Gilles L. et Yves VAILLANCOURT (1999). « Le modèle québécois : un modèle dépassé? », *Développement social*, vol. 1, no 1, octobre 1999, 13-15.

LEWIS, Jane (1999). « Reviewing the Relationship between the Voluntary Sector and the State in Britain in the 1990s », *Voluntas,* vol. 10, no 2, 255-270.

LEWIS, Jane et Howard GLENNERSTER (1996). *Implementing the New Community Care*, Open University Press, 231 p.

LIPIETZ, Alain (1989). *Choisir l'audace. Une alternative pour le XXIe siècle*, Paris, La Découverte, 156 p.

MEANS, Robin et Random SMITH (1998). *Community Care. Policy and Practice*, deuxième édition revue et augmentée, Londres, Macmillan, 285 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2000). *Organisation des services : état de situation et perspectives*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des communications, 11 p.

MOREL, Michel (2000). « Entrevue avec Mme Pauline Marois. Le développement social tel que vu au Québec présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies », *Développement social*, vol. 1, no 3, juin 2000, 2-3.

PIOTTE, Jean-Marc (1998). *Du combat au partenariat. Interventions critiques sur le syndicalisme québécois*, Montréal, Éditions Nota bene, 271 p.

RIFKIN, Jeremy (1996). *La fin du travail,* Traduit de l'américain par Pierre Rouve, Montréal, Boréal et la Découverte, 436 p.

TAYLOR, M. et Andrea BASSI (1998). « Unpacking the State: The Implications for the Third Sector of Changing Relationships Between National and Local Government », *Voluntas,* vol. 9, nº 2, juin, 113-136.

TAYLOR, Marilyn (2000). *Communities in the lead : power, organisational capacity and social capital*, texte inédit transmis à Gilles Beauchamp avant le congrès du CIAC 2000 tenu à l'Université Concordia en juin 2000, 26 p.

TEOLIS, Manon (2000). *Une part inestimable. L'action communautaire et bénévol.e dans le secteur du soutien à domicile*, Chertsey, Regroupement des Centres d'action bénévole affiliés de Lanaudière et Centre communautaire bénévole Matawinie, 67 p.

VAILLANCOURT, Yves (1999). « Tiers secteur et reconfiguration des politiques sociales : introduction au dossier [sur le tiers secteur] *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 11, no 2 et vol. 12, no 1 (automne 1998 et printemps 1999), 21-39.

VAILLANCOURT, Yves, avec la collaboration de Christian JETTÉ (1997). « Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé. Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel », Montréal, UQAM, *Cahiers du Larepps* No 97-05, mai, 302 p.

VAILLANCOURT, Yves et Daniel LABESSE (1997). *Projet d'équipe de recherche Économie sociale, santé et bien-être*, présenté au CQRS, Programmation 1997-2000, Cahiers du LAREPPS, no 97-10, UQAM, 44 p.

VAILLANCOURT, Yves et Jean-Louis LAVILLE (1998). « Les rapports entre associations et État : un enjeu politique », *Revue du MAUSS semestrielle*, no 11, premier semestre 1998, 119-135.

VAILLANCOURT, Yves, AUBRY, François, D'AMOURS, Martine, JETTÉ, Christian, THÉRIAULT, Luc et Louise TREMBLAY (2000). *Économie sociale, santé et bien-être : la spécificité du modèle québécois au Canada*, Cahiers du LAREPPS, no 00-01, Montréal, UQAM, 38 p.

VAILLANCOURT, Yves et Louis FAVREAU (2000). *Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire*, Montréal, UQAM, Cahiers du LAREPPS, no 00-04, 25 p.

VAILLANCOURT, Yves et Marie-Noëlle DUCHARME, avec la collaboration de Robert COHEN, Claude ROY et Christian Jetté (2000). « Le logement social, une composante importante des politiques sociales en configuration : état de la situation au Québec », Montréal, UQAM, *Cahiers du LAREPPS*, no 00-08, 61 p.

6 PERRI et Isabel VIDAL (sous la direction de) (1994). *Delivering Welfare. Repositioning Non-Profit and Co-Operative Action in Western European Welfare States*, Barcelone, Centre d'Iniciatives de l'Economia Social, 409 p.

6 PERRI et Jeremy KENDALL (sous la direction de) (1997). *The Contract culture in Public Services*, Hampshire, Arena, 216 p.